

التقرير الفصلي

Food Stamps والـ Cash Aid

هذا التقرير لشهر

قم بإكمال وتوقيع وإعادة هذا النموذج قبل نهاية يوم 5 من الشهر بعد شهر التقرير

أسم الحالة:
رقم الحالة:
رقم الملف/الوحدة:
هاتف الموظف:
إسم الموظف:

(Bar Code)

هل أنت في حاجة إلى مساعدة؟ اتصل بالموظف المسنول عن حالتك.

ADDRESSEE:

أرجع بالبريد إلى العنوان:

- ✓ يجب عليك الإبلاغ عن الدخل المستلم بالكامل في تقرير شهر _____ قبل نهاية يوم 5 من الشهر التالي.
- ✓ إذا لم ترسل تقرير QR 7 بالكامل، بما يتضمن وليس محدود على الإجابة على جميع الأسئلة وإرفاق الإثباتات عن طلبها، فقد تتأخر أو تنقطع إعاناتك. قم بإرفاق صفحة منفصلة عند الحاجة. الوقائع التي تبلغها قد تتسبب في ارتفاع أو انخفاض أو قطع إعاناتك.
- ✓ بالنسبة إلى CalWORKs والـ Food Stamps، يجب عليك إخطار المقاطعة خلال 10 أيام من أي تغيير قد يؤثر على أهليتك أو مقدار إعاناتك. هذا يتضمن الاتصال بالموظف المسنول عن حالتك عندما يرتفع دخلك فوق هذا المبلغ \$ _____ في أي وقت خلال الفصل بالنسبة لحجم الـ AU الخاص بك المتكون من _____ . بالنسبة لـ GR يجب عليك الإبلاغ عن أي تغيرات خلال 5 أيام.
- ✓ إذا كنت تحصل على Food Stamps، أجب نيابة عن جميع أفراد عائلتك. إذا كنت لا تحصل على Food Stamps، فأجب بالنيابة عن جميع الأفراد على الـ Cash Aid، بما يتضمن الأولاد والأبوة وزوج الأم أو زوجة الأب وزوجتك أو زوجك وأي شخص غائب بصورة مؤقتة عن المنزل.

أنا أطلب أن تتوقف إعاناتي من: Cash Aid Food Stamps Medi-Cal State CMSP في آخر يوم من: _____ (الشهر/العام)

الجزء 1: ماذا حدث خلال شهر التقرير

نعم لا

1. هل حصل أي شخص على دخل من وظيفة أو برنامج تدريب أو أي مصدر آخر (أنظر التعليمات لأمثلة للدخل) إذا كانت الإجابة "نعم"، أكتب قائمة بكل الدخل أسفله وقم بإرفاق كعب الشيك أو إثبات آخر.

من الذي حصل على الدخل؟	المصدر	أجمالي المبلغ	\$	\$	\$	\$
		تاريخ استلامه				
		عدد ساعات العمل أو التدريب				
من الذي حصل على الدخل؟	المصدر	أجمالي المبلغ	\$	\$	\$	\$
		تاريخ استلامه				
		عدد ساعات العمل أو التدريب				

نعم لا

2. هل دفع أي شخص لرعاية طفل أو شخص معوق أو أي معول آخر أثناء العمل أو البحث عن العمل أو أثناء حضور مدرسة أو تدريب؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكتب قائمة بكل التكاليف وأرفق إثبات.

أسم الشخص الذي تسلم الرعاية	التكاليف	\$	أسم الشخص الذي تسلم الرعاية	التكاليف	\$

نعم لا

3. هل أي شخص يحصل على Food Stamps دفع نفقة طفل أو زوجة بناء على أمر محكمة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكتب قائمة بالمبلغ المدفوع وأرفق إثبات.

أسم الشخص الذي دفع النفقة	التكاليف	\$	أسم الشخص الذي دفع النفقة	التكاليف	\$

جزء 2: ما الذي حدث منذ آخر تقرير فصلي لك؟

نعم لا

4. هل أنتقل أي شخص إلى أو من منزل لك أو هل انتقلت أنت مع شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكتب قائمة بالمبلغ المدفوع وأرفق إثبات.

أسم الشخص بالكامل	علاقته بك	أشرح الذي حدث	تاريخ التغيير

نعم لا

5. هل قام أي شخص بشراء أو الحصول على أو بيع أو مقايضة أو التخلي عن أي عقار؟ (أنظر التعليمات لأمثلة للعقار)

من الذي يمتلك أو تخلص من العقار؟	نوع العقار	القيمة	\$

COUNTY USE ONLY

EW Initials:

CHANGE ()

NO CHANGE ()

Date:

أبلغ عن التبدليس في الإعانة الاجتماعية
اتصل بالخط الساخن (800) 349-9970
"ستحفظ هويتك بصورة سرية"

6. هل ثبتت إدانة أي شخص في منزلك في جناية متعلقة بحيازة أو تعاطي أو توزيع المخدرات أو أحد المواد الخاضعة للمراقبة، أو هل يتجنب أو يتهرب أي شخص من القانون لتجنب أي محاكمة جنائية أو الحبس أو السجن بعد اثبات التهمة، أو هل أي شخص مخالف لشروط المراقبة أو إطلاق سراحه؟ إذا ثبتت الإدانة في جناية متعلقة بالمخدرات، أكتب تاريخ إثبات الإدانة.

إذا كتبت الإجابة "نعم"، من؟ _____ تاريخ إثبات الإدانة

7. هل أي من التالي قد حدث لشخص ما من أفراد عائلتك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكتب قائمة وأرفق إثبات. أرفق صفحة منفصلة عند الحاجة.

- الزواج أو الطلاق أو الانفصال؟
- الحمل أو الولادة أو الإجهاض أو الإسقاط؟
- أصبح معوق أو شفى من إعاقة أو مرض خطير؟
- تغير في حالة الهجرة أو الجنسية، أو حصل على بطاقة جديدة أو نموذج أو خطاب من USCIS؟
- بدأ أو أوقف أو غير من مزايا التأمين الصحي أو تأمين الأسنان أو الحياة، بما يتضمن تغطية Medicare؟
- طالب في سن 16 أو أكبر، بدأ أو توقف عن المدرسة أو الكلية. يمكنك المطالبة بتكاليف المصاريف والمواصلات المدرسية، إلى آخره.
- بدأ أو توقف عن العمل، أو رفض وظيفة أو تدريب، أو كان هناك ارتفاع أو انخفاض في عدد ساعات العمل، أو كان في إضراب؟
- بدأ في أو توقف عن الحصول على In-Home Supportive Services؟
- بالنسبة لـ Cash Aid فقط: توقف طفل أو أطفال عن الذهاب إلى المدرسة أو بدأ الذهاب إلى المدرسة بصورة دورية؟

أسم الشخص (الأشخاص)	علاقته بك	ماذا حدث؟	المبلغ	تاريخ التغير
			\$	

الجزء 3: ما هي التغيرات التي تتوقعها خلال الثلاثة أشهر التالية؟

8. هل تتوقع أي تغيرات في الدخل أو المصاريف (ما عدا تكاليف الإسكان والمرافق) خلال الثلاثة أشهر التالية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكتب أسفله وأرفق إثبات.

أسم الشخص	مصدر الدخل أو نوع المصاريف	لماذا سيتغير؟	ماذا تتوقع أن يكون مجموع المبلغ لكل من الأشهر الثلاثة؟
			شهر 1 شهر 2 شهر 3

تغيير العنوان

أملأ هذا الجزء إذا كنت قد انتقلت فقط أو غيرت عنوانك البريدي

عنوان المنزل الجديد

الهاتف الجديد ()

الرقم المدينة الولاية الرقم البريدي

العنوان البريدي الجديد (إذا كان يختلف عن عنوان المنزل)

الرقم المدينة الولاية الرقم البريدي

هل ارتفعت أو انخفضت تكاليفك بالنسبة للإسكان أو المرافق بسبب هذا الانتقال؟

نعم لا المبلغ \$

تصديق

أنا أدرك أنه: إذا لم أبلغ عن جميع الوقائع عن عمد أو أعطي حقائق خاطئة عن دخلي أو أملاكي أو حالة عائلتي لكي أحصل على أو أستمر في الحصول على مساعدة أو إعانات، فإنه يمكن مفاضاتي قانونياً، وأنه يمكن أن يواجه لي اتهام بارتكاب جريمة جنائية إذا دُفع بطريقة غير مناسبة أكثر من \$400 عن طريق Cash Aid أو Food Stamps أو/أو State CMSP. وقد استلمت نسخة من التعليمات والعقوبات والاستحقاق الفصلي/تقرير الحالة بالنسبة إلى Cash Aid و Food Stamps و State CMSP.

عقوبات تدليس Cash Aid: إذا لم تتبع قوانين Cash Aid عن عمد، فإنه يمكن تخفيض الـ Cash Aid الخاص بك لفترة زمنية، ويمكن أن تدفع غرامة قد تصل إلى \$10000 و/أو السجن لفترة قد تصل إلى ثلاث سنوات. يمكن أن يقطع الـ Cash Aid الخاص بك:

- لعدم الإبلاغ عن جميع الحقائق أو إعطاء حقائق خاطئة: 6 أشهر لأول جريمة أو 12 شهر لثاني جريمة أو للأبد للجريمة الثالثة.
- لتقديم طلب أو أكثر للحصول على مساعدة في أكثر من حالة واحدة في نفس الفترة الزمنية: سنتين لأول إدانة و4 سنوات للثانية ولأبد للثالثة.
- للإدانة في جناية تدليس للحصول على مساعدة: سنتين لسرقة مبالغ أقل من \$2000 و5 سنوات للمبالغ ما بين \$2000 و \$4999.99 ولأبد للمبالغ الأكثر من \$5000.
- لإعطاء المقاطعة إثبات إقامة زائف للحصول على مساعدة في مقاطعتين أو ولايتين أو أكثر في نفس الوقت أو إعطاء المقاطعة حقائق خاطئة لطفل غير مستحق أو طفل ليس موجود، أو الحصول على أكثر من \$10000 من الإعانات النقدية من خلال التدليس، أو الحصول على إدانة ثالثة في التدليس في محكمة قانونية أو جلسة استماع إدارية.

عقوبات تدليس Food Stamps: إذا لم تتبع قوانين Food Stamps عن عمد، فإنه يمكن قطع الـ Food Stamps الخاصة بك لفترة 12 شهر لأول مخالفة و24 شهر لثاني مخالفة ولأبد للثالثة. ويمكن تفريمك إلى حد \$250000 و/أو السجن لمدة 20 عاماً.

- إذا وجدت مذنب في أي محكمة قانونية أو جلسة استماع إدارية لأنك:
- قمت بمقايضة أو بيع Food Stamps للحصول على سلاح ناري أو ذخيرة أو متفجرات، يمكن قطع الـ Food Stamps عنك للأبد لأول مخالفة.
- قمت بمقايضة أو بيع Food Stamps للحصول على مواد خاضعة للمراقبة، يمكن قطع الـ Food Stamps عنك لمدة 24 شهر لأول مخالفة ولأبد للثانية.
- قمت بمقايضة أو بيع Food Stamps قيمتها \$500 أو أكثر، يمكن قطع الـ Food Stamps عنك للأبد.
- قمت بإعطاء المقاطعة هوية أو معلومات زائفة لكي يكون بإمكانك الحصول على في أكثر من حالة في نفس الوقت، يمكن قطع الـ Food Stamps عنك لمدة 10 سنوات.

يجب عليك توقيع وتاريخ هذا التقرير بعد آخر يوم من شهر التقرير أو أنه سيعتبر غير كامل.

أنا أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين وتحت طائلة قوانين الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا أن الحقائق المحتوي عليها هذا التقرير هي حقيقية وصحيحة وكاملة لشهر التقرير بأكمله.

من الذي يجب عليه التوقيع أسفله:

بالنسبة لـ Cash Aid: أنت وزوجتك أو زوجك وولي الأمر الآخر (للأطفال ذوي المساعدة المادية) إذا كانوا يقيمون بالمنزل.

بالنسبة لـ Food Stamps: رب الأسرة أو فرد راشد من الأسرة أو الممثل المفوض للأسرة.

بالنسبة لـ CMSP: أنت وزوجتك أو زوجك أو الشخص الذي يمثل المستفيد.

التوقيع أو العلامة	تاريخ التوقيع	هاتف المنزل	هاتف الاتصال
		()	()
توقيع الزوجة أو الزوج أو ولي الأمر الآخر للأطفال ذوي المساعدة	تاريخ التوقيع	توقيع الشاهد على العلامة أو المترجم أو أي شخص آخر يكمل النموذج	تاريخ التوقيع